

Item 350 – Hémorragie digestive

Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 80 ans : HD hautes ++, H>F (70 ans) ▪ HD basses (20%) : ↑ avec âge, H>F 	
Etiologies	HD hautes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ulcérations gastroduodénales ▪ Varices ▪ Erosions gastroduodénales ▪ Œsophagite ▪ Cancers du tractus digestif sup ▪ Sd de Mallory-Weiss ▪ <u>Causes plus rares</u> : Gastrites, MAV acquises, ulcérations de Dieulafoy (= ulcération muqueuse en regard d'une artère sous-muqueuse dilatée), hémobilies, wirsungorragies, fistules aortodigestives
	HD basses	<p><u>Au niveau colo-rectal</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie diverticulaire ▪ Tumeur colique ou rectale ▪ Angiodysplasies coliques ▪ Colites ischémiques ▪ Colites infectieuses ▪ MICI ▪ Rectopathie radique ▪ Ulcérations traumatiques rectales <p><u>Au niveau de intestin grêle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie hémorroïdaire ▪ Fissure anale ▪ Angiodysplasie ▪ Diverticule de Meckel ▪ Tumeurs ▪ Diverticules ▪ Maladie de Rendu-Osler
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prises médicamenteuses : <ul style="list-style-type: none"> ○ AINS, inhibiteurs sélectifs de COX2 : facteurs accroissant le risque : > 65 ans, ATCD ulcère, consommation excessive d'OH, association avec corticoïdes /aspirine /antiagrégants plaquettaires/ anticoagulants. ○ Antiagrégants plaquettaires et anticoagulant ○ Sérotoninergiques : patients âgés, ATCD ulcéreux, cadre de co-prescription avec AINS ▪ Infection par Helicobacter pylori 	
Mortalité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie haute : 3-10% ▪ Hémorragie basse : 2-8% (+ élevée qd patients hospitalisés) 	
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie macroscopique : hématémèse, méléna, hématochézie (émission par anus de sang rouge vif) ▪ Anémie ferriprive avec hémorragie occulte (hyposidérémique arégénérative hypochrome) ▪ Choc hémorragique sans extériorisation du sang 	
Diagnostic #el	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémoptysie ▪ Epistaxis post déglutie 	
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalisation ▪ 2 VVP ▪ Oxygénation ▪ <u>Evaluation gravité</u> : retentissement hémodynamique (FC, PA), recherche d'un malaise syncopal, signes de choc (pâleur, marbrures, sueurs, lipothymies) ▪ <u>Bio</u> : NFS, gpe RAI, plaquettes, hémostase, iono, créat ▪ Mise en réserve de culots globulaires compatibles ▪ <u>Objectifs du remplissage</u> : FC < 100bpm, PAS > 100mmHg, Hb 7-9g/dL (> 9 g/dL de maladie cardio-vasculaire ou de signes de choc), diurèse > 30 mL/h ▪ Surveillance ▪ <u>Si N/V</u> : SNG ▪ <u>Si HD haute</u> : Tt vasoactifs (analogues de la somatostatine, terlipressine) si hépatopathie chronique ou HTP ; IPP chez toutes les HD hautes 	
Interrogatoire	<i>Hématémèse et/ou méléna</i>	<i>HD basses</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - ATCD UGD - Dlr épigastrique d'allure épigastrique - Prise de médocs gastrottoxiques - ATCD affection hépatique ou VO - Vomissements ayant précédé le saignement - ATCD chirurgicaux sur TD - ATCD prothèse aortique 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification récente du transit - ATCD vasculaire (favorise ischémie) - Colite ischémique : séquence dlr brutale – diarrhée sanglante - Médocs favorisant hémorragie diverticulaire - Traumatisme anorectal

Explorations complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie haute : EOGD dans les 24h ▪ Hémorragie massive : angioscanner /- artériographie ▪ Hématochézies sans retentissement hémodynamique important : coloscopie complète après préparation du côlon ▪ Si négativité des explorations endoscopiques initiales : vidéocapsule endoscopique et/ou entéroscanner 	
Traitements spécifiques	UGD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPP IV : <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragies avec signes endoscopiques de gravité : administration continue de fortes doses 48-72h - Hémorragies sans signes endoscopiques de gravité : relai précoce par IPP à pleine dose par voie orale ▪ Tt hémostatique par thermocoagulation et/ou clips +/- injection de sérum physiologique adrénaliné ▪ Tt radiovasculaire (embolisation) ou chir pour hémorragies non contrôlables par un tt endoscopique ou récidivant rapidement ▪ <u>Tt préventif 2aire</u> : éviction des Tt gastrotoxiques, rech et éradication de HP, discussion du maintien des Tt antiagrégants / anticoagulants
	HD liées à HTP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tt hémostatique par médicaments vasoactifs par voie veineuse (analogues de somatostatine, terlipressine) (+ hémostase endoscopique (ligature, sclérose, injection de colle) ou mécanique (tamponnement par sonde Blakemore ou Linton, voire prothèse œsophagienne) si rupture de varices) ▪ ATB ▪ Laxatifs osmotiques (prévention de encéphalopathie hépatique) ▪ Si hémorragie non contrôlable ou récidivant sur un mode majeur : shunt intra-hépatique (TIPS) ▪ Tt préventif 2aire : séances de ligature -> disparition des VO, mise sous βB (propranolol)
Classification de Forrest (ulcère)	<p>Ia : hémorragie en jet Ib : suintement diffus IIa : vaisseau visible non hémorragique IIb : caillot adhérent IIc : tâches pigmentées III : cratère à fond propre</p>	